# REVUE

DE

# GYNÉCOLOGIE

ET DE

# CHIRURGIE ABDOMINALE

**PARAISSANT TOUS LES DEUX MOIS**

SOUS LA DIRECTION DE

**S. POZZI**

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Broca,
Membre de l'Académie de médecine.

---

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

**F. JAYLE**

## *EXTRAIT*

Le fibro-myome du vagin, par M. G. Potel.

(*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*
N° 3. — Mai-Juin 1903.)

**PARIS**

**MASSON ET Cie, ÉDITEURS**

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN (6e)

# REVUE DE GYNÉCOLOGIE ET DE CHIRURGIE ABDOMINALE

La Gynécologie, qui a été longtemps considérée comme une simple dépendance de l'Obstétrique, est devenue de nos jours une branche importante de la Chirurgie. S'il en est ainsi dans tous les pays, nulle part ce mouvement n'a été plus marqué que dans le nôtre.

Tous ceux qui s'en occupent d'une façon spéciale, et qui, par suite, sont devenus des laparotomistes exercés, ont été amenés à étudier particulièrement la chirurgie abdominale. Ainsi, par une pente naturelle, Gynécologie et Chirurgie abdominale se sont trouvées intimement associées et dans la pratique et dans la théorie.

La présente publication consacre cet état de choses. Placée sous la direction d'un des chirurgiens des hôpitaux de Paris les plus versés dans cette double étude, elle fait une part égale à la Gynécologie et à la Chirurgie abdominale. Sous ce dernier terme, est réuni tout ce qui a rapport aux parois de l'abdomen et à son contenu, y compris le rectum, à cause de ses affinités nombreuses au point de vue clinique et opératoire avec le reste du tube digestif. Exception est faite seulement de ce qui a trait uniquement au sexe masculin dans les organes génito-urinaires, ou de ce qui est notoirement du ressort de l'urologie.

L'esprit dans lequel a été conçue cette publication est le même que celui qui a présidé à la rédaction du *Traité de Gynécologie clinique et opératoire* de son directeur. Chirurgien français, il s'attache surtout à faire connaître les travaux français. Mais, persuadé que, de nos jours, l'horizon scientifique ne saurait être borné par des frontières, il s'efforce aussi de donner à la *Revue* un caractère international. Les travaux étrangers y sont largement analysés; en outre, les colonnes de la *Revue* sont ouvertes aux chirurgiens et gynécologistes de tous les pays qui veulent bien y publier leurs recherches originales.

Le but de cette publication est non seulement de donner une idée complète du mouvement scientifique contemporain en France et à l'étranger, mais encore de contribuer, pour sa part, aux progrès d'une des branches de la Chirurgie qui ont le plus bénéficié de l'ère nouvelle inaugurée par les travaux de Pasteur.

## CONDITIONS DE LA PUBLICATION

*La* **Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale,** *publiée en 6 fascicules de chacun 160 à 200 pages, paraît tous les deux mois; elle forme chaque année un fort volume très grand in-8°.*

*Les fascicules sont accompagnés de figures dans le texte et de planches hors texte en noir et en couleurs. Ils comprennent des Mémoires originaux; des Revues critiques; des Analyses des journaux français et étrangers, et un Bulletin bibliographique.*

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

| | |
|---|---|
| France (Paris et Départements) . . . . . | **28** fr. |
| Etranger (Union postale). . . . . | **30** fr. |

**Les fascicules sont vendus séparément au prix de 6 francs.**

Les auteurs reçoivent 100 exemplaires de leurs mémoires : ils ne peuvent en faire tirer davantage, même à leurs frais.

(*Voir page* 3 *de la couverture la liste des Mémoires publiés en* 1901.)

# TRAVAUX ORIGINAUX

# LE FIBRO-MYOME DU VAGIN

**Par G. POTEL**

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ DE LILLE

## Historique.

Les tumeurs fibreuses du vagin constituent une affection relativement rare, et jusqu'ici assez peu étudiée en France.

*Neugebauer* [1] est l'un des premiers qui en ait esquissé une étude d'ensemble.

*Kleinwachter* [2], dans un excellent article, reprit la question et réunit cinquante trois observations.

Ces faits sont d'ailleurs de valeur documentaire très inégale. Quelques observations se bornent au simple énoncé du titre, sans aucun renseignement clinique ou anatomique.

L'étude de *Kleinwachter* fut reproduite par *Rocheblave* (*Thèse* Montpellier, 1884) qui ajoute aux observations de cet auteur 5 observations de Tédenat et un fait emprunté à la thèse de *Collardot* sur les kystes du vagin.

*Hastenpflug* en fit également le sujet de sa thèse inaugurale, et rapporta 3 cas empruntés à la clinique du professeur *Schultze*.

Depuis lors, des cas nouveaux ont été publiés. *Emmert*, à l'occasion d'une observation personnelle, fit une enquête auprès des médecins d'Iowa, et put recueillir 11 observations inédites.

Récemment *Smith*, dans une étude documentée, a pu ajouter à la liste des 53 observations réunies par Kleinwachter un nombre à peu près égal de 50 faits recueillis dans les diverses littératures, portant ainsi à la centaine le nombre des cas connus.

---

1. Neugebauer. — *Prager Vierteljahrschrift*, 1877, II, p. 59.
2. Kleinwachter. — *Zeitschrift für Heilkunde*, 1882, III, p. 357.

Cette liste est d'ailleurs loin d'être complète. Nous avons pu réunir au cours de nos recherches 134 indications bibliographiques comportant environ 160 observations. Nous avons de plus la bonne fortune d'ajouter à cette liste 2 observations, l'une personnelle, l'autre empruntée à la clinique de M. le professeur Dubar. On voit donc que les matériaux ne manquent pas, et qu'aujourd'hui l'histoire des fibromyomes du vagin peut aisément être édifiée.

## Étiologie.

On ne sait à peu près rien de l'étiologie véritable des fibromes du vagin. Aussi a-t-on cherché à incriminer des causes banales : le coït, la stérilité, des accouchements antérieurs. Outre que ces hypothèses ne reposent sur aucune preuve, elles sont contredites par les faits eux-mêmes. Car si l'on trouve des fibromes du vagin chez des femmes mariées ou multipares, on les trouve également chez des vierges (Jakobs, Greene, Kleinwachter, obs. personnelle) et chez des enfants (Wilson, 2 ans; Tratzl, 15 mois), voire même chez des nouveau-nés (Martin Williams).

L'âge ne paraît pas avoir d'influence spéciale. Le maximum de fréquence s'observe de vingt à cinquante ans (84 pour 100), c'est-à-dire pendant la période d'activité génitale de la femme. Mais les faits ne sont pas rares pendant l'enfance et après la ménopause.

Smith a établi la statistique de l'état civil et des grossesses des femmes atteintes de fibromes vaginaux. Il a obtenu les chiffres suivants. Sur 69 observations où l'état civil est donné, on trouve 55 femmes mariées et 14 célibataires. Il a trouvé seulement dans 20 observations des renseignements sur la fertilité des malades; 16 ont eu des enfants, 4 sont restées stériles. Ces chiffres ne nous paraissent avoir aucune signification étiologique, et mieux vaut avouer que les causes efficientes du développement des fibromes nous échappent.

## Anatomie pathologique.

1° *Forme.* — Les fibromyomes du vagin se présentent sous deux formes. Ils sont sessiles ou pédiculés.

Beaucoup de ces tumeurs sont *pédiculées,* et le pédicule dépasse rarement la grosseur du doigt, et il suffit d'un coup de ciseaux pour faire tomber le néoplasme. Le pédicule est vasculaire, et sa section

donne fréquemment lieu à des hémorragies assez notables. Tant que le fibrome est petit, il reste contenu dans le vagin, et passe souvent inaperçu, mais, à mesure qu'il se développe, il devient plus pesant, le pédicule s'allonge, et bientôt la tumeur arrive à la vulve et prolabe au dehors. La muqueuse, jusque-là intacte, s'irrite, s'ulcère, les tiraillements continuels amènent une gêne dans la circulation au niveau du pédicule. La tumeur s'œdématie, s'infecte et finit par se sphacéler, si l'on n'intervient pas auparavant.

Les fibromyomes *sessiles* sont moins fréquents. Au lieu de se pédiculiser, ils s'étalent, dédoublent la muqueuse vaginale, déplaçant souvent d'une façon considérable les organes voisins et changeant totalement leurs rapports.

Leurs connexions avec le tissu conjonctif périphérique sont variables. Le plus souvent (et ce sont les cas les plus heureux) les fibromyomes s'entourent d'une sorte de capsule conjonctive lâche, facile à déchirer, ce qui explique que l'on arrive à les extirper totalement par la simple dissociation digitale ; mais il n'en est pas toujours ainsi, le néoplasme semble parfois se continuer avec le tissu conjonctif voisin, comme s'il n'en était qu'un épaississement. Tédenat a pu constater ce fait dans une autopsie.

Sur le cadavre d'une femme de quarante ans, on trouve une tumeur ovoïde située dans l'épaisseur de la paroi antérieure du vagin.

Le néoplasme s'est développé dans l'épaisseur de la paroi vaginale ; ses limites sont peu précises, son tissu ne se différenciant pas nettement de celui de la musculeuse du vagin. Cette tumeur n'a pas de limites précises; son extirpation eût été très difficile.

Ces conditions anatomiques nous expliquent pourquoi certains auteurs ont si facilement extirpé ces tumeurs, tandis que d'autres ont dû pour ainsi dire sculpter le néoplasme, sans que rien leur indique la séparation du tissu sain et du tissu pathologique, et ont pu accidentellement ouvrir la vessie ou l'urètre.

2° *Volume.* — Le volume des fibromyomes du vagin est extrêmement variable. On en a observé de la grosseur d'un pois, et d'autres extrêmement volumineux, comblant le bassin, la partie inférieure de l'abdomen, et sortant par la vulve. Dans le cas de Gremler, la tumeur pesait plus de 5 kilogrammes, et pendait comme une grosse bouteille, hors du vagin. La malade de Baudier finit par accoucher une tumeur qui pesait 10 livres et demie. Pillore, chez une femme enceinte, observa

une tumeur fibreuse, insérée sur la paroi antérieure du vagin et longue de 30 centimètres, large de 24 centimètres, haute de 16 centimètres.

Entre ces mesures extrêmes on peut trouver tous les intermédiaires. Les comparaisons employées les plus fréquemment par les auteurs sont celles d'un œuf, d'une pomme, d'une orange, du poing, d'une tête de fœtus, etc.

3° *Nombre.* — Les tumeurs fibreuses du vagin sont généralement uniques. Sur environ 120 observations que nous avons pu réunir, nous n'avons pu observer que huit fois la présence de plusieurs tumeurs; encore comprenons-nous dans ce chiffre les faits de Stumpf et de Strassmann où il existait deux tumeurs, mais accolées. Castelain a observé deux tumeurs, l'une pédiculée du volume d'un œuf, l'autre sessile grosse comme un pois située près du museau de tanche. Dans un cas de Tédenat il existait trois tumeurs du volume d'une noix. Olenin, en plusieurs séances, n'a pas enlevé à sa malade moins de seize fibromes, tant pédiculés que sessiles.

Enfin nous mentionnerons l'observation bizarre de Mme Boivin, observation assez difficile à interpréter, mais qui paraît se résumer à ceci :

Une femme présente un fibrome pédiculé du vagin qui prolabe au dehors. Un médecin le fait réintégrer dans le vagin et applique un pessaire. La malade présente des suintements, etc. On trouve le polype, on l'excise et on retrouve alors le pessaire « que l'on avait cru perdu » (*Sic*).

On s'assure qu'il n'y a pas d'autre tumeur (?). Trois semaines après, à la suite d'un effort de vomissement, apparition d'une nouvelle tumeur aussi grosse que la première. Nouvelle extirpation et nouvel examen négatif du vagin. Peu de temps après, troisième tumeur. La femme finit par mourir. A l'autopsie on trouve une sorte d'hyperplasie de tout le tissu conjonctif pelvien (?).

La *coexistence de tumeurs fibreuses utérines et vaginales* est rare. Elle n'a guère été observée que trois ou quatre fois; dans notre cas, il existait, outre la volumineuse tumeur vaginale, un fibrome gros comme une noisette, sur la paroi antérieure de l'utérus.

Il est possible que (au moins dans certains cas) les fibromes observés au niveau du vagin ne soient point autre chose que des fibromes migrateurs issus du tissu utérin. Théoriquement, M. le professeur Pozzi avait déjà admis cette éventualité[1].

---

1. Pozzi. — « Traité de gynécologie », p. 238.

Les corps fibreux de la portion sus-vaginale du col, dit-il, qui naissent à la surface de cette région, se trouvent d'emblée dans l'épaisseur même du plancher pelvien, au niveau des interstices nombreux où ils peuvent glisser et se développer, tout en restant bridés et incarcérés dans la cavité du petit bassin. C'est le plus souvent en arrière du col qu'ils se développent ; ils soulèvent le cul-de-sac de Douglas pour se mettre en contact immédiat avec la paroi postérieure du vagin et avec le rectum. Ils débordent souvent sur les côtés entre les feuillets des ligaments larges qu'ils dédoublent, constituant ainsi une des variétés les plus graves des corps fibreux intraligamentaires. Ils peuvent même dépasser cette région et cheminer entre la vessie et l'utérus.

En fait, certains auteurs ont vu des petits fibromes apparaître très près du museau de tanche, et, dans quelques cas, conserver une sorte de pédicule, de prolongement fibreux, reliant encore le fibromyome vaginal à l'utérus (Paquet, Dubar). Néanmoins, si ces faits paraissent hors de conteste, il ne faut pas croire avec *Kiwisch* qu'ils forment la règle. Ils ne sont en réalité que l'exception. Le plus grand nombre des fibromyomes du vagin sont autochtones, si j'ose m'exprimer ainsi, et se développent primitivement au niveau du vagin.

*Point d'implantation.* — Le point d'implantation des fibromyomes du vagin est très variable. Aucune portion de ce canal n'en est indemne. On peut trouver ces tumeurs en avant et en arrière, à droite, à gauche, près du méat ou près du museau de tanche.

Cependant les tumeurs se développent plus fréquemment aux dépens de la paroi antérieure du vagin.

Sur 120 cas que nous avons réunis, les points d'implantation sont notés 100 fois et se répartissent de la façon suivante : 55 fois sur la face antérieure du vagin, 26 en arrière, 10 à droite, 9 à gauche.

Les fibromyomes du vagin se rencontrent donc deux fois plus souvent au niveau de la face antérieure du vagin qu'au niveau de la face postérieure.

*Rapports.* — Les fibromyomes du vagin amènent, au cours de leur développement, des modifications dans les rapports anatomiques des différents organes, modifications d'autant plus notables que la tumeur est plus volumineuse. Tant que le fibrome ne dépasse pas le volume d'un œuf de pigeon, on constate en général un simple dédoublement de la paroi vésico-vaginale ou vagino-rectale suivant le point d'implantation. Si la tumeur se pédiculise, les modifications des organes voisins sont minimes, car la tumeur devient de plus en plus intra-vaginale et

finit par sortir en dehors de la vulve. Il est cependant un point à noter, c'est que la tumeur entraîne avec elle par son poids la vessie, si elle est implantée en avant, formant ainsi un léger degré de cystocèle. Il n'est pas rare non plus de trouver au niveau du pédicule une sorte d'infundibulum vésical que l'on pourra facilement sectionner si l'on est pas prévenu de l'éventualité.

Les fibromes sessiles amènent des changements beaucoup plus notables.

La vessie est généralement refoulée en haut, puis l'utérus remonte à son tour, ou bien il est rejeté en arrière, et maintenu en flexion. L'urètre est déplacé (Strassmann), ou allongé et tortueux. Dans le cas de Hume le cathétérisme était si difficile que l'on dut un jour faire une ponction de la vessie.

Dans le cas de Williams, chez un nouveau-né, on trouva une tumeur du vagin, volumineuse, sortant de la vulve et refoulant en haut le méat, l'urètre et le clitoris.

## Développement.

L'évolution des fibromyomes du vagin est assez semblable à celle des fibromes utérins. Ces tumeurs progressent en général assez lentement, à moins qu'une cause fortuite (grossesse, Gremler) ne vienne leur donner un coup de fouet.

Dans la plupart des observations où ces détails sont donnés les troubles notés par les malades remontent à deux ou trois ans. Mais cette durée peut être beaucoup plus considérable. La malade de Hofmokl avait une tumeur vaginale que l'on prit pour un prolapsus ; on lui appliqua un pessaire. C'est seulement sept ans après qu'on lui enleva sa tumeur qui pendant ce temps avait acquis le volume d'une tête d'enfant.

La malade de Greene en l'espace de dix ans avait vu sa tumeur atteindre seulement le volume d'un œuf.

Par contre, dans le cas de Godfrey, la tumeur était restée stationnaire pendant deux ans. Puis, elle augmenta très rapidement en peu de mois, remplissant complètement le vagin, et débordant la vulve, distendant le périnée.

## Constitution histologique.

La plupart des tumeurs que nous étudions ici sont constituées par deux sortes de tissus : 1° des fibres conjonctives adultes et des fibres

musculaires lisses. Ces deux variétés d'éléments cellulaires peuvent suivant les cas prédominer plus ou moins; on peut trouver un noyau purement fibreux avec quelques fibres musculaires périphériques (Tédenat) ou au contraire un myome pur avec une gangue conjonctive (Dubar).

Plus généralement, les fibres s'entrelacent, s'enchevêtrent autour des vaisseaux.

Les formes pures sont plus rares. Nous n'avons pu noter que 5 ou 6 cas où la tumeur était constituée par du fibrome pur (Paget, Netzel, Paquet).

Toutes ces formes ne présentent — en dehors de certaines lésions de dégénérescence sur lesquelles nous reviendrons dans un instant — rien qui soit bien particulier. La constitution histologique des fibro-myomes vaginaux est en somme celle des fibro-myomes utérins. Nous n'y insisterons pas davantage.

Mais il existe une autre variété de tumeur, infiniment plus rare. Nous voulons parler du cas de rhabdomyome, ou tumeur à fibres musculaires striées, observé par M^me^ Kaschewarowa.

Nous n'aurions probablement pas insisté sur ce cas (bien que Petit, dans son article du Dictionnaire Dechambre, ne cite que cet exemple de tumeur du vagin), car les rhabdomyomes en général doivent plutôt être considérés comme des tératomes, et comme des tumeurs histogéniquement très différentes des fibromes.

Mais une observation de Tédenat[1] nous a paru servir de trait d'union entre ces faits en apparence si dissemblables.

Voici d'abord l'observation de M. Tédenat :

Une femme de trente ans a une tumeur du volume d'une mandarine fixée à la partie moyenne de la face antérieure du vagin par un pédicule très court ayant l'épaisseur du pouce. La malade s'en est aperçue il y a trois ans. La tumeur avait alors les dimensions d'une noix ; jamais de douleurs, miction fréquente, leucorrhée. Le professeur Valette en fit l'ablation au moyen de l'écraseur linéaire ; pas d'hémorragie ; guérison rapide.

La tumeur est recouverte par la muqueuse vaginale non modifiée. Sur une coupe médiane faite dans l'axe du pédicule, elle se montre composée de plusieurs nodules formés de fibres rouges ondulées. Le tissu est plus lâche dans les espaces intra-nodulaires où à la loupe on voit facilement des sinus veineux. Dans le pédicule, quelques vaisseaux situés immédiatement au-dessous du revêtement muqueux.

---

1. In *Thèse* Rocheblave, p. 23.

L'examen microscopique montre les nodules composés uniquement de fibres musculaires à leur partie centrale; à la périphérie s'y joignent des fibres connectives et des corps fusiformes. Entre les nodules, les éléments connectifs prédominent et autour des vaisseaux forment des gaines lâches constituées par des faisceaux ondulés entre lesquels existent des cellules arrondies et allongées. *Les fibres musculaires sont très volumineuses, et quelques-unes présentent une striation très nette et comparable à celle des fibres utérines vers la fin de la grossesse.*

On voit donc, dans ce cas si intéressant, de fibromyome vaginal, apparaître, au centre des nodules, des fibres musculaires striées.

Supposons que ces fibres striées soient plus nombreuses, et que le tissu connectif subisse la dégénérescence muqueuse, nous aurons le cas observé par Me Kaschewarowa, et dont voici le résumé :

Jeune fille de quinze ans, forte, de taille moyenne, non réglée, se présente à la clinique du professeur Seiffert, à Prague, pour des douleurs dans le bas-ventre, accentuées surtout au moment de la miction. A l'examen on trouve une tumeur insérée sur la paroi antérieure du vagin par un pédicule assez mince.

Opération très simple; pas d'hémorragie ; dix jours après, la malade, complètement guérie, est renvoyée chez elle.

Elle revient six semaines après et est examinée par l'auteur.

L'état général est très bon. L'examen des organes génitaux donne les résultats suivants : les parties extérieures sont imparfaitement développées et ne sont pas encore recouvertes de poils.

L'utérus est normal. La muqueuse vaginale est rouge. A la partie antérieure du vagin, s'insère par un pédicule assez large une tumeur grosse comme un œuf, bosselée. La consistance est spongieuse, molasse, au point qu'on peut en détacher des fragments avec les doigts, non sans provoquer des douleurs. La tumeur était sous-muqueuse, avait la couleur du saumon et contenait peu de sang.

La tumeur grossit rapidement. Le professeur Seiffert en enlève un fragment du volume d'un œuf et le donne à examiner à l'auteur.

La plaie vaginale s'infecte, la malade a de la fièvre, avec pelvi-péritonite. La tumeur s'enflamme, augmente de volume, se nécrose en partie. La malade meurt peu de temps après.

L'examen microscopique montre que la tumeur est riche en éléments cellulaires. Ces éléments sont de plusieurs sortes.

1° On trouve des cellules rondes formées d'un protoplasma trouble, sans enveloppe, contenant un ou deux noyaux assez volumineux.

2° Beaucoup de vaisseaux capillaires entourés d'un tissu intercellulaire.

3° Des cellules longues, étoilées, formant des paquets enchevêtrés, un réseau assez épais de tissu offrant les réactions de la mucine.

Enfin, presque toutes les préparations montraient au milieu de ce tissu connectif myxomateux des cellules très différentes. Ces cellules allongées présentaient des stries formées par des lignes parallèles du protoplasma. La longueur de ces lignes était variable, et souvent elles étaient aussi longues que la cellule elle-même. Il suffisait d'examiner ces cellules pour voir à quel type elles appartenaient, c'est-à-dire au type musculaire strié, et que les stries observées n'étaient autre chose que des fibrilles encore mal développées.

La tumeur observée par M^me^ Kaschewarowa n'est donc pas autre chose qu'un rhabdomyome myxomateux. A première vue, ce néoplasme semblait n'avoir rien de commun avec les fibromyomes que nous étudions, puisque les deux éléments constitutifs, tissu conjonctif et fibres musculaires, sont totalement différents.

Mais, d'une part, la striation des fibres musculaires lisses n'est pas exceptionnelle dans la région génitale ; elle est même un phénomène constant au cours de la grossesse. « Chez la femme, dit *Ranvier*, et les femelles de chien et de lapin, les fibres utérines présentent à la fin de la grossesse une striation évidente, bien qu'elle soit loin d'être aussi nette que sur les muscles striés ordinaires. » Nous avons vu, dans le cas de Tédenat, que l'on pouvait suivre cette transformation au centre des nodules dans un cas typique de fibromyome vaginal.

D'autre part, les modifications de la partie conjonctive de ces néoplasmes ne sont pas rares. Les cellules conjonctives peuvent évoluer vers le type muqueux (Kleinwachter) ou ne pas atteindre en certains points le stade adulte (Tédenat) et former ainsi des îlots d'éléments fuso et globocellulaires donnant l'aspect d'un sarcome type.

On voit donc que le rhabdomyome de M^me^ Kaschewarowa ne s'éloigne point tant des fibromyomes, et qu'on peut le considérer comme un fibromyome dégénéré.

Les traumatismes continuels auxquels sont exposés les fibromes du vagin amènent fréquemment de petites hémorragies interstitielles, et il n'est pas rare de trouver au milieu de ces tumeurs de petites poches contenant soit du liquide hématique, soit une sorte de mastic jaune foncé formé de cristaux de cholestérine et de pigment sanguin (Tédenat).

Les fibromyomes du vagin, et particulièrement les fibromes pédiculés, ont une tendance manifeste à l'œdème et finalement à la nécrose.

C'est surtout quand ils prolabent au dehors que ces néoplasmes tiraillent leur pédicule, étirent les vaisseaux. La circulation devient très gênée, l'œdème apparaît, puis la muqueuse finit par s'ulcérer, l'infection s'établit et amène la suppuration et la gangrène de la tumeur.

Ces complications sont surtout notées dans les anciennes observations. Elles deviennent plus rares, vraisemblablement parce que, aujourd'hui, on intervient plus tôt.

## Symptômes.

Les symptômes présentés par les tumeurs fibreuses du vagin sont très variables suivant le volume, le point d'implantation, la pédiculisation de la tumeur.

Le plus souvent, le début passe inaperçu, à moins qu'un examen génital, pratiqué pour une autre cause, ne fasse découvrir fortuitement la tumeur. Parfois, c'est à la suite d'un effort (Boivin), d'une course (Mac Clintock) que la tumeur fait brusquement irruption hors du vagin. Mais peu à peu les troubles objectifs et subjectifs apparaissent, s'accentuent, et amènent la malade à se faire examiner par un médecin.

*Douleurs.* — La douleur est rarement vive ; c'est plutôt une sensation de gêne, de pesanteur de corps étranger qui est notée dans les observations.

Tédenat, au dire de Rocheblave, aurait cependant observé « une tumeur véritable, du volume d'une noix rendant le coït très douloureux ; la moindre pression avec le doigt sur la tumeur amenait des cris et des attaques nerveuses ».

A mesure que la tumeur augmente de volume s'établissent des douleurs de compression. La sensation de pesanteur s'accroît quand le néoplasme fait prolapsus hors de la vulve.

*Hémorragie. Métrorragie.* — L'augmentation de la durée des règles est rare. Par contre, les métrorragies sont fréquentes. Même en éliminant les cas où il existait en même temps un fibrome utérin et un fibrome vaginal, il n'en est pas moins vrai que les fibromes vaginaux peuvent à eux seuls amener des métrorragies parfois très graves. C'est ainsi que la malade de Smith avait perdu une telle quantité de sang qu'elle était dans un état de « prostration considérable ». Dans notre cas, les hémorragies étaient devenues profuses, et, bien qu'il existât un petit fibrome utérin, l'écoulement sanguin a totalement disparu

depuis l'ablation du fibrome vaginal, ablation qui remonte à plus de huit mois.

Les *troubles urinaires* sont fréquents, et de nature variable. La malade de Geuer avait de l'incontinence depuis un mois. Tantôt on observe de la pollakiurie avec dysurie (Greene), parfois même des hématuries légères (West).

La malade observée par M. le professeur Dubar, et la nôtre, présentaient des troubles de la miction un peu particuliers. Elles devaient d'abord faire des efforts considérables pour forcer l'obstacle ; la miction se faisait alors à plusieurs reprises, par jets interrompus.

Ces troubles, en s'accentuant, finissent par amener de la rétention d'urine. Tratzl cite le cas d'une enfant de quinze mois, qui ne pouvait uriner. La malade de Greene devait recourir à la sonde depuis quatorze ans. Dans le cas de Hume, le cathétérisme était devenu si difficile que l'on dut pratiquer un jour la ponction de la vessie.

Les troubles *de la défécation* sont plus rares, et beaucoup moins importants.

Les écoulements, la leucorrhée sont notés dans un certain nombre d'observations. Tant que la tumeur est recouverte de sa muqueuse saine, il ne se produit point d'écoulement du fait du fibrome vaginal. Ce n'est guère que lorsque le néoplasme s'œdématie ou se sphacèle qu'on voit apparaître des écoulements d'abord séreux, puis purulents et fétides

*Coït. Conception. Grossesse. Travail.* — Bien que l'on trouve dans les observations peu de renseignements à ce sujet, on comprend aisément que la gêne apportée aux rapports sexuels varie considérablement suivant le volume de la tumeur, sa situation, son irritabilité, et suivant les phénomènes de dégénérescence (œdème, ulcération, nécrose, etc.) qu'elle peut présenter. L'impossibilité de tout rapprochement n'est mentionnée que dans six observations.

Dans la grande majorité des cas (bien que les auteurs restent muets sur cette question), le coït, et par suite la conception, sont possibles.

D'ailleurs, la grossesse est assez fréquente, et, dans une douzaine de cas, le fibrome a été observé par des accoucheurs comme une complication du travail.

Quelles sont les influences réciproques de la grossesse sur le fibrome et du fibrome sur la grossesse?

Elles sont très variables.

Dans certains cas, rares il est vrai, l'influence est absolument nulle. Neugebauer a observé une femme de quarante-sept ans, ayant eu neuf accouchements heureux, et qui lors du premier avait déjà remarqué une petite tumeur qui se présentait à la partie antérieure de la vulve.

Parfois, la grossesse paraît donner un coup de fouet à l'évolution de la tumeur. Gremler a enlevé chez une femme à terme une tumeur, pédiculée, il est vrai, pesant 10 livres 75. Il est à présumer que, lors de la conception, la tumeur avait un volume infiniment moindre.

Vers la fin de la grossesse, les fibromes participent au ramollissement général de la région vulvovaginale de la femme. Ce ramollissement s'accompagne souvent d'œdème, et parfois facilite le sphacèle du néoplasme.

La mort du fœtus a été observée plusieurs fois. Mais il paraît probable qu'elle est due à des phénomènes infectieux consécutifs à la gangrène du fibrome.

Voici d'ailleurs ces observations très résumées.

*Van Dœveren.* — Femme, trente ans, en travail depuis vingt-quatre heures, hémorragie persistante ; on trouve une tumeur grosse comme une tête de nouveau-né, remplissant le vagin, sanglante, noire par places.

Le pédicule s'insère à la paroi antérieure du vagin. Van Dœveren attire la tumeur à l'extérieur, tord le pédicule et enlève la tumeur.

L'accouchement se fait bien. L'enfant était mort et fortement macéré, les lochies sont fétides ; la malade a de la dysurie, des crampes dans la vessie et de la diarrhée, elle guérit.

*Pillore.* — Femme trente-neuf ans, multipare, ne peut accoucher. Une tumeur fibroïde de 30 centimètres de long, 24 de large, 16 de haut, insérée à la paroi antérieure du vagin, l'en empêche. La tumeur est attirée à l'extérieur, l'accouchement amène un fœtus déjà en putréfaction. La tumeur est remise en place, la femme meurt quelques jours après.

*Mac Clintock.* — Femme, vingt-deux ans, au deuxième mois de sa grossesse, présente à la vulve une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, d'une coloration livide et qui était insérée immédiatement en arrière de l'orifice vulvaire. Il y avait un écoulement fétide et sanguinolent. Quelques jours après ; la tumeur est ramollie, noirâtre, mortifiée. M. Clintock l'excise sous chloroforme ; trois jours après, l'écoulement avait presque cessé. La malade retourne chez elle pour revenir huit jours après. Elle accouche dans la journée de deux jumeaux. Elle tombe dans une prostration extrême et meurt au bout de trente-quatre heures. L'utérus était volumineux, sa surface interne était d'une coloration noire, d'une odeur fétide, presque gangreneuse.

*Porro.* — Femme, vingt-six ans, au dernier mois de sa grossesse, a deux fortes hémorragies. Elle éprouve de fortes douleurs qui amènent hors du vagin une forte tumeur dont le pédicule est fixé sur la paroi antérieure du vagin. L'accouchement est normal. Le fœtus est mort, il pèse 1.840 grammes.

La tumeur est enlevée trois jours après, car elle menace de se gangrener.

En somme, nous le voyons, il s'agit plutôt là de phénomènes septiques dus à la gangrène du fibrome.

Quand le fibrome reste intact, recouvert de sa muqueuse saine, il n'est pas rare de voir la grossesse évoluer jusqu'au terme sans être en rien influencée par le néoplasme.

Les difficultés de l'accouchement tiennent surtout au volume de la tumeur et à sa fixité. Une tumeur petite et ramollie ou prolabant au dehors par un long pédicule sera à peine une gêne, tandis qu'une tumeur volumineuse et sessile constituera une cause de dystocie invincible. Dans un cas semblable Pillore dut pratiquer l'opération césarienne. Dans un fait cité par Virchow, il existait une tumeur grosse comme deux poings, située à la partie postérieure du vagin. Les manœuvres employées pour extraire le fœtus amenèrent une rupture du vagin et une fracture de la branche descendante du pubis. La malade mourut quatre mois après, exténuée par la suppuration. Gensoul fut plus heureux; le polype qui gênait l'extraction du fœtus fut arraché de la partie supérieure du vagin, avec le forceps employé pour le fœtus.

Dans les cas où le pédicule ne se rompt pas, il peut être néanmoins suffisamment comprimé pour se sphacéler rapidement après l'accouchement (Porro).

*Signes objectifs.* — A l'*examen*, différentes particularités peuvent se présenter :

*a*) La tumeur est pédiculée. Si elle est petite, elle reste généralement contenue dans le vagin. A mesure qu'elle grossit, elle a plus de tendance à tomber hors de la vulve. L'aspect est alors à peu près le même que dans le prolapsus utérin complet. Au début, la muqueuse a la coloration normale du vagin, mais rapidement cette muqueuse s'œdématie, s'épaissit, se cutinise, prenant par endroits l'aspect lardacé. Puis les frottements, les troubles de vascularisation amènent des ulcérations d'où s'écoule un liquide séro-sanguinolent.

*b*) La tumeur est sessile. Le doigt, introduit dans le vagin, est refoulé par la tumeur qui fait saillie et comble le canal vaginal.

Pour peu que la tumeur soit un peu volumineuse, le doigt a de la peine à contourner et à dépasser la tumeur pour aller se rendre compte de la situation de l'utérus.

Les altérations de la muqueuse sont moins fréquentes dans les tumeurs sessiles que dans les tumeurs pédiculées.

## Diagnostic.

Le *diagnostic* des tumeurs fibreuses du vagin, au moins pour les tumeurs que l'on peut circonscrire, et à la condition de pratiquer un examen méthodique, est, en général, assez facile.

A. — La tumeur fait saillie hors de la vulve.

Beaucoup de ces tumeurs ressemblent à s'y méprendre à un prolapsus utérin complet. Même aspect, même modification de la muqueuse. Parfois même, « on constate au-dessous de la tumeur un orifice rougeâtre d'où coule un liquide séro-sanguinolent ». On conçoit que dans ces conditions, des chirurgiens comme Dupuytren aient pu un instant s'y tromper. D'autres ont d'ailleurs poussé plus loin l'erreur de diagnostic et ont consciencieusement réduit la tumeur et placé un pessaire (cas de Boivin, Hofmokl). Mais, comme nous le disions plus haut, un examen sérieux et méthodique aura vite fait reconnaître l'erreur. Le doigt suit le pédicule dans le vagin, jusqu'à son point d'insertion, et au-dessus sent nettement l'utérus à sa place normale.

Les tumeurs sessiles insérées sur les parois antérieure et postérieure font une légère saillie à l'extérieur, prenant ainsi l'aspect d'une cystocèle ou d'une rectocèle. Mais si l'on essaie de refouler ce pseudo-prolapsus, on éprouve une résistance inusitée. Il suffit alors de faire le cathétérisme ou le toucher rectal, combiné au toucher vaginal, pour apprécier le volume, la consistance de la tumeur, et faire rejeter l'hypothèse de prolapsus vaginal.

B. — La tumeur est contenue dans le vagin.

*a*) Si la tumeur est petite, grosse à peine comme un œuf, reliée par un pédicule petit à la paroi vaginale, le diagnostic se discute à peine.

Si la tumeur est volumineuse, remplit toute l'excavation, ne rendant possible que l'exploration de la face antérieure, sans que le doigt puisse s'insinuer en arrière, il est impossible de présumer avant l'extraction le siège du point d'implantation, et, par conséquent, de faire le diagnostic entre le polype vaginal et le polype utérin.

*b*) Elle est sessile.

On devra, dans ces cas, faire le diagnostic avec les tumeurs kystiques du vagin. Les kystes sont rarement volumineux, ils sont mollasses, et on pourra souvent obtenir la sensation de fluctuation soit par le toucher vaginal simple, soit par le toucher combiné, un doigt étant dans le rectum, un autre dans le vagin. La consistance dure, un peu bombée, non fluctuante doit plutôt faire songer au fibrome du vagin. Cependant, l'œdème, si fréquent dans les tumeurs que nous étudions, peut donner des sensations beaucoup moins nettes, et faire prendre un fibrome pour un kyste (Pelletan). Dans un cas douteux, Terrillon fit une ponction exploratrice (Collardot).

## Pronostic.

Le pronostic des fibromyomes du vagin est bénin, à condition d'intervenir de bonne heure et aseptiquement.

Ces tumeurs, abandonnées à elles-mêmes, en dehors des troubles de compression produits par leur développement, sont vouées à l'œdème, à l'ulcération, à la nécrose, et à des accidents infectieux très graves.

Nous avons vu que dans les cas qui se sont terminés par la mort, c'est l'infection qui a été la cause des accidents.

Parfois, les hémorragies profuses peuvent mettre la vie de la malade en danger (Smith).

En présence d'une tumeur fibreuse du vagin, on devra donc préconiser une thérapeutique aussi active et aussi précoce que possible.

## Traitement.

L'unique traitement des fibromyomes du vagin consiste dans l'ablation de la tumeur.

Nous laisserons de côté les procédés anciens, torsion, arrachement, ligature, section après ligature, écrasement, etc..., moyens employés à une époque où l'infection faisait du bistouri un instrument dangereux.

L'ablation de ces tumeurs peut être d'ailleurs très simple ou très pénible, suivant les cas.

*A.* — La tumeur est circonscrite et bien pédiculée. Une tentation bien compréhensible est de donner un coup de ciseaux et de faire tomber la tumeur. Encore faut-il être prévenu que ce simple coup de ciseaux peut avoir des complications fort ennuyeuses. Nous avons déjà dit qu'il n'est pas rare de rencontrer dans le pédicule de ces fibromes

un prolongement vésical ou rectal, étiré par le développement du néoplasme. On conçoit aisément qu'une section faite malencontreusement à ce niveau amènera une perforation de la vessie ou du rectum.

Voici deux exemples typiques de ces prolongements infundibuliformes :

*Kleinwachter* trouve chez une femme de trente-huit ans une tumeur du volume du poing fixée par un pédicule de 2 centimètres de diamètre et de 3 cent. 5 de longueur à la paroi antérieure du vagin, à 3 centimètres au-dessus de la vulve. Elle est intravaginale, ronde, exulcérée par places. Le pédicule ne donne pas la sensation d'un cordon fibreux. Un cathéter introduit dans la vessie pénètre dans un recessus qui n'est autre chose que la partie considérée comme pédicule de la tumeur ; le pédicule n'existe pas, il est formé par la vessie et la paroi antérieure du vagin. L'auteur fit l'énucléation, il y eut une déchirure de la vessie et une fistule qui dura dix-huit jours.

*Lisfranc* observe à 2 centimètres au-dessus de la vulve un polype du vagin de la grosseur d'un œuf de poule qui sort et entre facilement. Le toucher rectal permet de découvrir à la base de la tumeur une dépression en doigt de gant dans laquelle on peut introduire le doigt et qui finit très près de la masse de la tumeur. Lisfranc étire la tumeur hors du vagin, introduit son doigt dans la dépression et sectionne entre ce doigt et la tumeur.

Une autre complication de la section de ces polypes, c'est l'hémorragie. Elle est mentionnée par presque tous les auteurs. Dans certains cas elle a été assez sérieuse pour nécessiter des cautérisations (fer rouge, perchlorure de fer, etc.).

Nous croyons donc que la simple section du pédicule n'est pas recommandable. Le cas échéant, nous préférerions le procédé suivant : En face d'un fibrome pédiculé s'assurer d'abord si un recessus vésical ou rectal ne s'insinue pas dans le pédicule, puis inciser et décoller la muqueuse de façon à n'avoir dans le pédicule que les vaisseaux et leur gangue fibreuse, passer un fil double à la base du pédicule et sectionner ; on peut, si l'on veut, suturer les deux petits lambeaux muqueux au-dessus du pédicule.

*B.* — La tumeur est pédiculée, mais impossible à circonscrire. Le fibrome comble le vagin et le pédicule n'est pas accessible.

La conduite à tenir est la même que vis-à-vis d'un volumineux polype utérin. Essayer d'abord d'accoucher la tumeur, en se servant au besoin du forceps comme Thornton Parker. En cas d'insuccès, recourir au morcellement, jusqu'à ce qu'on puisse arriver jusqu'au pédicule et lier.

*C.* — Le fibrome est sessile.

L'intervention peut être extrêmement pénible, surtout s'il n'existe point de capsule, et si la tumeur paraît se confondre sans limite nette avec le tissu conjonctif voisin. La difficulté est encore accrue par ce fait que si la tumeur est volumineuse, on ne peut se faire que très peu de jour. Les valves se placent difficilement, la partie profonde de la tumeur reste invisible.

On pratiquera une incision longitudinale, intéressant la muqueuse, jusqu'à la tumeur. On sépare le fibrome de son revêtement muqueux dans toute la portion accessible à la vue et aux instruments. Ceci fait, on amarre solidement une ou deux pinces à traction, et avec le doigt on essaie de décortiquer les parties profondes. Peu à peu, surtout si la tumeur et légèrement encapsulée, on débarrassera la tumeur de ses attaches, et on finira par l'accoucher au dehors.

Si la tumeur fait corps avec le tissu conjonctif, l'intervention sera plus laborieuse encore, et souvent plus incomplète. On devra sculpter pour ainsi dire le fibrome, en s'assurant fréquemment que l'on ne se rapproche pas trop de l'urètre ou du rectum.

Faut-il suturer et drainer? Nous nous sommes contentés de faire un tamponnement vaginal un peu serré, qui avait l'avantage d'arrêter l'hémorragie et d'accoler non seulement les bords, mais surtout les surfaces cruentées. Nous croyons que ce tamponnement suffira souvent; on n'aurait recours aux sutures que si les bords de l'incision restaient flottants et écartés.

Quelle conduite doit-on tenir en cas de grossesse compliquée de fibrome vaginal?

A notre avis, l'intervention s'impose, plus pressante que jamais. Si le chirurgien est appelé au cours de la grossesse, l'indication n'a pas besoin d'être discutée.

Au moment du travail, c'est encore à l'extirpation que nous aurons recours, même si le fibrome est peu volumineux. L'accouchement spontané peut produire un arrachement du polype et de la vessie, le forceps une fracture du pubis (Virchow).

Si le fibrome pédiculé pend au dehors, on devra l'extirper rapidement, se rappelant que l'accouchement facilite la compression du pédicule et le sphacèle de la tumeur.

Il n'y a guère que dans les cas où la tumeur volumineuse, sessile comble le vagin et l'excavation que l'hésitation est permise entre l'opération césarienne (Pillore) et l'ablation de la tumeur. Mais dans ces

cas il entre tant d'éléments divers d'appréciation (état de la mère, de l'enfant, volonté exprimée par la mère, conditions d'intervention, du milieu opératoire, etc.), qu'il n'est guère possible de donner des règles précises au praticien chargé en pareil cas d'assumer ce rôle redoutable, de sauvegarder la vie des deux êtres qui lui sont confiés.

## OBSERVATIONS

Observation I (due à l'obligeance de M. le professeur Dubar). — Mme X..., trente-six ans, éprouve depuis environ deux ans une pesanteur à l'entrée du vagin. Depuis quelques mois, cette sensation a beaucoup augmenté. La marche est devenue pénible, difficile. De plus, elle éprouve une grande peine pour uriner. Elle est obligée de faire des efforts considérables et la miction n'a lieu qu'à plusieurs reprises et par jets interrompus.

Généralement bien réglée, elle déclare qu'il y a cinq ans elle a eu à diverses reprises des règles beaucoup plus abondantes et plus longues que d'ordinaire. Ces phénomènes ont duré quinze mois, puis tout est rentré dans l'ordre.

En l'examinant, on aperçoit, faisant saillie entre les grandes lèvres une tumeur qui, sous l'influence d'un effort ou d'une traction, est amenée en grande partie hors de la vulve. Cette tumeur peut avoir le volume d'un gros œuf de poule, elle est recouverte par la muqueuse de la paroi antérieure du vagin, très distendue, et adhère intimement à la vessie qui est entraînée avec elle, ce qu'on reconnaît en plaçant une sonde dans cet organe.

Lorsque la tumeur est attirée au dehors, on sent immédiatement au-dessus d'elle le corps de l'utérus fortement abaissé et qui paraît relié à la tumeur par un cordon de la grosseur d'une plume d'oie.

La consistance de cette tumeur est ferme, fibreuse. Elle est insensible à la pression.

D'ailleurs, aucun retentissement sur l'état général. La malade est seulement devenue depuis quelque temps très nerveuse.

Je porte comme diagnostic : fibrome de la paroi antérieure du vagin, développé entre la muqueuse vaginale et la vessie.

L'extirpation proposée est acceptée. Incision médiane de la paroi vaginale antérieure, allant du col utérin jusqu'à 2 centimètres du méat urinaire. Dissection facile de toute la face inférieure de la tumeur. Difficultés assez grandes pour séparer en avant la tumeur de la vessie à laquelle elle adhère intimement.

En haut, dissection d'un cordon fibreux qui s'étend jusqu'à la portion sus-vaginale du col, et qui paraît s'y insérer.

La tumeur enlevée a le volume d'un gros œuf de poule. Sur une coupe,

elle est blanc rosé, d'aspect fibreux. L'examen histologique montre qu'elle est composée de fibres musculaires lisses, entrecroisées en tous sens et présentant sous la réaction du picro-carmin une teinte rouge acajou caractéristique. C'est un myome pur avec une enveloppe fibreuse. Le cordon qui la rattachait au col de l'utérus est formé par du tissu fibreux.

Il s'agissait donc d'un myome migrateur développé primitivement dans la partie sus-vaginale du col utérin et qui peu à peu était descendu, dédoublant la paroi antérieure du vagin.

Les suites opératoires furent très simples. Réunion par première intention de la presque totalité de la plaie. La suture avait manqué au niveau d'un crin de Florence vers le milieu de la plaie. Au bout de dix jours je constate l'existence d'une fistulette qui donne quelques gouttes d'urine. Cette fistule est avivée, réunie par trois points de suture au fil d'argent et oblitérée.

Observation II (personnelle). — Marie D..., célibataire, quarante-huit ans, se présente à notre consultation pour des métrorragies et des troubles de la miction. Ces troubles ne datent que de quelques années. Jusqu'à l'âge de quarante-trois ans la malade n'a présenté aucune manifestation morbide de la zone génito-urinaire. Elle est réglée très régulièrement quatre jours par mois. A cette époque, ses règles disparaissent avec uniquement quelques signes habituels à la ménopause : bouffées de chaleur, etc. Rien de particulier à noter pendant trois ans.

Il y a deux ans, la malade fut assez étonnée de voir « ses règles » reparaître, mais il s'agissait d'un écoulement séro-sanguinolent sans couleur franchement hémorragique. Cet écoulement apparut d'abord tous les mois durant deux ou trois jours, puis la malade vit ses pertes augmenter d'abord de durée et ensuite de fréquence. Un an après le début des accidents, l'écoulement revenait tous les quinze jours. Ces phénomènes, d'ailleurs, loin de s'amender, allèrent en progressant, et, depuis trois mois, l'écoulement de liquide séro-sanguinolent n'a point cessé.

En même temps que ces pertes de sang, apparaissaient des troubles de la miction : d'abord de la pollakiurie, puis de la dysurie.

La malade devait uriner fréquemment, et chaque fois, elle devait faire des efforts prolongés pour faire sortir l'urine ; mais la miction une fois commencée durait cinq minutes et plus, par petites quantités ; la malade urinait en marchant, *more ovis*, suivant sa propre comparaison. En même temps la malade souffre d'une sorte de gêne, de pesanteur dans le bas-ventre.

*Examen.* — L'hymen est intact et admet difficilement l'index. Dès l'entrée du vagin, le doigt est refoulé vers la gauche par une tumeur volumineuse occupant le côté droit du vagin, recouverte de la muqueuse non ulcérée, complètement sessile.

Cette tumeur est solide, on ne sent pas de fluctuation, autant du moins que l'on peut s'en rendre compte avec un seul doigt.

En poussant l'exploration plus profondément, le doigt arrive avec beaucoup de peine, au niveau du cul-de-sac latéral droit, à dépasser la limite supérieure de la tumeur.

Le col de l'utérus est petit, conique. On perçoit au bout du doigt, sur la face antérieure de l'utérus, une petite nodosité, grosse comme une noisette et qui semble être un fibrome utérin.

Par le palper bimanuel, très difficile en raison de la persistance de l'hymen d'une part, et de l'épaisseur de la paroi abdominale d'autre part, il semble que l'utérus est peu augmenté de volume.

Il est impossible de songer, ni à mettre un spéculum, ni à pratiquer l'hystérométrie.

Je fis le diagnostic de tumeurs fibreuses de l'utérus et du vagin, la tumeur vaginale étant de beaucoup la plus importante et la cause de la plupart des troubles présentés par la malade.

Aussi je proposai à la patiente de la débarrasser d'abord de sa tumeur vaginale, quitte, plus tard, à lui enlever son utérus fibromateux si l'indication s'imposait.

L'intervention fut pratiquée en Août 1902.

Chloroforme. Je pratiquai d'abord la dilatation rapide de la vulve et du vagin. Je pus ainsi placer une valve inférieure, et mettre en vue la tumeur.

Je pratiquai une incision longitudinale d'arrière en avant, parallèle à l'axe du vagin, intéressant toute la muqueuse.

La dissection de la partie antérieure, visible, s'opéra facilement, mais pour les parties profondes, il fallut abandonner tout instrument, à cause de l'étroitesse du vagin.

J'amarrai alors une forte pince à préhension, et avec l'index droit, je décortiquai peu à peu toute la tumeur qui finit par s'énucléer en entier.

Je profitai de la brèche pour examiner l'utérus. Il existe un petit fibrome à peine gros comme une noisette sur la paroi antérieure de l'utérus, mais la matrice n'est guère augmentée de volume. L'hystérométrie donne 9 centimètres.

La plaie saignait un peu. Comme les bords de la plaie s'accolaient d'eux-mêmes, je jugeai inutile de mettre des sutures et me contentai de faire un tamponnement assez serré à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent des plus simples. Il n'y eut ni fièvre, ni suppuration, ni hémorragie. La malade était guérie quinze jours après l'intervention.

La tumeur enlevée a le volume du poing, elle est blanc rosé, d'une consistance uniforme, formée de faisceaux charnus enchevêtrés.

L'examen histologique montre que la tumeur est uniquement composée de fibres conjonctives et de fibres musculaires lisses, entrelacées. Les vais-

seaux sont peu abondants. Il s'agit, en somme, d'un fibromyome, ne présentant dans sa structure rien de bien particulier.

Depuis l'intervention, l'écoulement sanguin a totalement disparu.

J'ai revu la malade six mois après l'intervention. Elle n'a plus perdu de sang, le petit fibrome utérin n'a point grossi. L'utérus paraît même diminué de volume.

## BIBLIOGRAPHIE [1]


Ansiaux. — *Clin. Chir.*, Liège, 1816, p. 161.
Bacher. — *Budapesti kir owos*, 1893, Feb.
Bard. — *Boston med. and surg., Journ.*, 1829, p. 30, 433.
Barnes. — *Obst. Trans.*, London, p. 14, 309.
Baudier. — *Journ. méd. chir. et pharm.*, 1847.
Beatty. — *Dubl. med. Journ.*. 1868, p. 239.
Beck. — *Tr. Indiana M. Soc.*, 1880, p. 100.
Beraud. — *Bull. Soc. chir.*, Paris. 1864, p. 100.
Beigel. — *Die Krank. der weibl. Gesel.*, 1875, p. 590.
Bidone. — *Soc. ital. di ost. e Gin.*, 1894.
Boivin (Mme). — *J. comp. du Dict. des sc. méd.*, Paris, 1830, p. 62.
Boyer. — *Sem. chir.*, X.
Braun. — *Wien. med. Woch.*, 1885, n° 51.
Brecsky. — *Die Krank. der Vagina*, 1886, p. 162.
Broels. — *Nederl. Tijdschr. v. Verlosk.*, Utrecht, 1852, p. 214.
Brown. — *Brit. med. Journ.*, London, 1858, p. 825.
Brunnig. — *Tijdschr.*, Amsterdam, 1846, p. 530.
Buchanan. — *Glascow med. Journ.*, 1860, p. 443.
Byrne. — *Dubl. Quat. Journ.*, 1871, p. 504.
Brabury. — *Saint-Louis med. and surg. Journ.*, 1885, p. 125.
Byford. — *Amer. Journ. obst.*, 1885, p. 1104.
Burns. — *Principles of midwifery*, p. 3.
Capdevilla. — *Cron. de l'hosp.*, Madrid, 1854, p. 19.
Castelain. — *Bull. méd. du Nord*, 1861, p. 156.
Caswell. — *Boston med. Journ.*, p. 151.
Collardot. — *Thèse*, Paris, 1881.
Condamin. — *Arch. prov. de chir.*, III, p. 569.
Chadwick. — *Philad. med. Times*, 1875.
Cleveland. — *New-York Journ. Gyn.*, 1893, p. 154.
Cross. — *Centr. f. Gyn.*. 1878, p. 511.
Curling. — *Trans. of Path. Soc.*, I, p. 301.
Cornelge. — *Bœrhave Tijdschr.*, Amsterdam, 1845, p. 72.
Dahlmann. — *Arch. f. Gyn.*, XV, p. 127.
Demarquay. — *La lancette française*, 1860, p. 330.
Denys. — *Thèse*, Leyden, 1733.
Donald. — *Med. chron.*, Manchester, 1888, p. 9, 305.
Duneau. — *Med. Times and Gaz.*, 1860, p. 85.
Dupuytren. — *La lancette française*, Paris, 1837, p. 179.
Dubar. — *Statistique de l'hôpital de la Charité.*
Elischer. — *Owosi Hetilap*, 1892, n° 12.
Emmert. — *Journ. of Am. med. Assoc.*, 1897, p. 1141.
Erichsen. — *Lancet*, London, 1859, p. 290.
Espezel. — *Bull. gén. de thérap.*, Paris, 1838, p. 299.


1. Le nombre de ces indications bibliographiques ne doit pas être considéré comme égal au nombre de faits connus, ce dernier étant bien supérieur. En effet, certains travaux, comme celui de Emmert, contiennent jusqu'à onze observations inédites.

FALCON. — *Med. Circ.*, London, 1860, p. 88.
FISCHER. — *Zeit. f. Wundärzte*, 1878.
FLEMING. — *Dubl. Hosp. Gaz.*, 1854, p. 5, 359.
FRAENKEL. — *Breslauerärztl. Zeit.*, 1887, p. 39.
GODFREY. — *Col. med. Journ.*, 1896, p. 284.
GENSOUL. — *C. R. Soc. méd. de Lyon*, 1831.
GOSSMANN. — *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1900, p. 460.
GRECO. — *Scolo med. nap.*, 1883, p. 349.
GREEN. — *Bost. med and surg.*, 1892, p. 594.
GREENE. — *Brit. med. Journ.*, 1870, p. 489; *Bost. med. Journ.*, 1892, p. 594.
GREMLER. — *Med. Zeit.*, Berlin, 1843, n° 33.
GRIFFITH. — *Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 877.
GROUSDEFT. — *Vratch*, 1900, p. 263.
GRUNDMANN. — *Inaug. Diss.*, Leipzig, 1901, p. 109.
GENER. — *Centr. f. Gyn.*, 1894, p. 392.
GRUNESS. — *Dubl. Journ.*, 1868, p. 239.
GUNTHER. — *Zeit. f. med. Chir. u. Geb.*, Leipzig, 1860, p. 13.
GUERSANT. — *Monit. des hôp.*, Paris, 1854, p. 187.
HASENBALG. — *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, XXIII, p. 52.
HASTENPLUG. — *Thèse*, Iéna, 1888.
HOENING. — *Berl. klin. Woch.*, 1869, p. 55.
HERMAN. — *Obst. J. Gr. Brit.*, London, 1880, p. 157.
HEIL. — *Zeit. f. prakt. Aertz*, 1900, p. 285.
HOFMOKL. — *Wien. med. Presse*, 1891, p. 1229.
HUNTER. — *Amer. Journ. of obst.*, 1878, p. 764.
HUME. — *Lancet*, London, 1895, t. II, 988.
HILDEBRAND. — *Die neue gyn. univ. Klin.*, Kœnigsberg, 1876, p. 99.
ISNARD. — *Union médicale*, Paris, 1866, p. 278-284.
JACKSON. — *Chicago med. Journ.*, 1872. p. 283.
JACOBS. — *Klin. Woch.*, 1869, p. 258.
KASCHEWAROWA. — *Arch. f. path. Anat.*, Berlin, 1872, p. 65.
KLEINWACHTER. — *Zeit. f. Heil.* Prager, III, p. 357.
LEBERT. — « Traité Anat. Path. », 1857-1861, pl. 155, fig. 3.
LEWERS. — *Trans. obst. Soc.*, London, 1887, p. 8, 299.
LISFRANC. — « On tumors of the uterus », London, 1847.
MEINERT. — *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 31.
MACAN. — *Dubl. Journ. med. sc.*, 1881, p. 156.
MAC CLINTOCK. — *The Dublin quat. Journ.*, 1862, p. 209.
MARTIN. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, III, p. 406.
MAURY. — *Memphis Lancet*, 1898, p. 13.
MEADOWS. — *Trans. obst. Soc.*, London, 1869, X, p. 141.
MEATE. — *Med. Times and Gaz.*, London, 1873, p. 676.
MOORE. — *Saint-Louis med. and surg. Journ.*, 1885, p. 125.
MOLE. — *Gaz. int. di med. prat.*, Napoli, 1900, p. 19.
NETZEL. — *Hygeia*, 1892, p. 164.
NEUGEBAUER. — *Prager Viertel.*, 1877, p. 59.
OLENIN. — *Jahr. u. Geb. u. Gyn.*, 1891, 788.
OLLIVIER. — *Gaz. des hôp.*, Paris, 1862, p. 378.
OLIVER. — *Edimb. med Journ.*, 1897, p. 634.
PAGET. — « Observations on diseases of femeales », II, p. 115.
PAQUET. — *Bull. méd. du Nord*, 1882, p. 65.
PARKER. — *Virg. med. Month.*, 1886, p. 793.
PATERSON. — *Med. Comment.*, London, 1795, p. 298.
PAULI. — *Med. Ann.*, Heidelberg, 1838, p. 148.
PORRO. — *Ann. de gyn.*, 1876, p. 72.
POTTER. — *Trans. Path. Soc.*, London, 1884.

Prowse. — *Lancet*, London, 1841, p. 895.
Potel. — *Revue de Gynécologie*, 1903.
Pelletan. — *Clinique chirurgicale*, Paris, 1810, p. 224.
Pillore. — *Gaz. des hôp.*, 8854, p. 137.
Rampold. — *Med. Cor. Bl. d. Wurttemberg*, 1835, p. 61.
Rissmann. — *Centr. f. Gyn.*, 1892, p. 452.
Rocheft. — *Wien. med. Presse*, 1882, p. 178.
Rocheblave. — *Thèse*, Montpellier, 1884.
Scanzoni. — *Lehr. der Krank. der weibl.*, 1875, p. 100.
Schramm. — *Centr. f. Gyn.*, 1895, p. 288.
Schroeder. — *Handb. der weibl. Ges.*, 1881, p. 480
Simon. — *Mém. Acad. chir.*, Paris, 1743, p. 336.
Simpson. — *Edimb. obst. trans.*, 1878, p. 121.
Strassmann. — *Centr. f. Gyn.*, 1891, p. 826.
Stumpf. — *Münch. med. Woch.*, 1890, p. 694.
Smith. — *Amer. Journ. of obst.*, 1902, p. 145.
Stevens. — *Obst. Gaz.*, Cincinnati, 1887, p. 617.
Tédenat. — In *Thèse* Rocheblave.
Tchunichin. — *Journ. russe d'obst. et gyn.*, LI, p. 7 et.
Tratzl. — *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1863, n° 30.
Tillaux. — *Ann. de gyn.*, 1889, p. 161.
Van Doeveren. — « Specimen observationum », Groningal, 1765, p. 139.
Van Patruban. — *Wien. med. Presse*, 1865, p. 510.
Vanhassel. — *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, Bruxelles, 1900, p. 234.
Verchère. — *Médecine moderne*, Paris, 1900, p. 337.
Veit. — *Hand. f. Gyn.*
Virchow. — *Krankhafte Geschwulste*, III, p. 221.
Vernitz. — *Centr. f. Gyn.*, 1894, p. 632.
Warren. — *Surg. obst.*, Boston, 1867, p. 273.
Williams. — *Bost. med. and surg. Journ.*, 1897.
Wilson. — *Med. Times and Gaz.*, 1876, p. 360.
West. — *Lehrbuch der Frauenkrank.*, 1863, p. 747.
Wiglesworth. — *Arch. of dermat.*, 1875.
Weir. — *Brit. med. Journ.*, 1900, II, p. 222.
Wernitz. — *Centr. f. Gyn.*, 1894, p. 632.

# LISTE DES TRAVAUX ORIGINAUX

PUBLIÉS PAR

# LA REVUE DE GYNÉCOLOGIE ET DE CHIRURGIE ABDOMINALE

*Pendant l'année 1901.*

**Traitement de choix dans les ruptures complètes du périnée avec déchirure de la cloison recto-vaginale,** par M. H. Barnsby (de Tours), avec 5 figures.

**Contribution à l'étude de l'étiologie de la grossesse extra-utérine, basée sur trente-sept cas opérés** par M. Neugebauer, par M. Fr. Stepkowski (de Varsovie).

**Sur l'urétrocèle,** par M. N.-J.-F. Pompe van Meerdervoort (de la Haye), avec 2 figures.

**La sonde urétrale à demeure dans le traitement préventif et curatif des fistules rénales consécutives à la néphrostomie,** par M. J. Albarran.

**Des interventions biliaires par voie duodénale** par M. J. Pantaloni (de Marseille), avec 8 figures.

**Fonction sécrétoire du placenta,** par MM. Maurice Letulle et L. Nattan-Larrier, avec 2 planches.

**Les perforations chirurgicales de l'utérus en dehors de l'hystérométrie et du curettage,** par M. P. Rebreyend.

**Sur un cas de cancer primitif de la trompe utérine,** par MM. André Boursier et André Venot (de Bordeaux), avec 2 figures.

**Du rein polykystique congénital,** par M. Brouha (de Liége), avec 1 planche.

**Leçon d'ouverture de la clinique gynécologique de la Faculté de Paris,** par M. S. Pozzi.

**Des nodosités des cornes utérines,** par MM. F. Jayle et Th. Cohn, avec 5 figures et 3 planches.

**De l'endothéliome de l'ovaire,** par M. Jean Bruckner (de Bucarest), avec 8 figures.

**De l'ablation de l'estomac,** par M. Jules Bœckel (de Strasbourg), avec 10 figures.

**Le déciduome malin dans ses rapports avec la môle hydatiforme** (les placentomes), par MM. E. Bonnaire et M. Letulle, avec 5 figures et 2 planches.

**L'opération de Wertheim dans les cas de cancer de l'utérus**, par M. Desider Stapler (de Vienne), avec 9 figures.

**De l'étiologie de l'hydrosalpynx**, par M. N.-J.-F. Pompe van Meerdervoort, (de la Haye).

**De la rétention fœtale dans la grossesse tubaire**, par M. C. Stankiewicz (de Lodz).

**Cent cinquante opérations pratiquées sous l'analgésie rachicocaïnique**, par M. Galvani (d'Athènes).

**Des torsions de l'épiploon**, par MM. X. Bender et J. Heitz, avec 4 figures.

**Abcès de la rate**, par M. Tédenat (de Montpellier).

**Anatomie et histologie de la grossesse tubaire**, par MM. V. Cornil et M. Weinberg, avec 4 figures et 2 planches.

**Énucléation vaginale avec ou sans morcellement par hystérectomie cervico-vaginale uni ou bi-latérale pour fibromes sous-muqueux sessiles et interstitiels proprement dits** (procédé de Segond), par M. Louis Dartigues, avec 13 figures et 17 planches.

**Kircher et Lemaire** (1658-1900), par M. Howard A. Kelly.

**Congrès d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, III^e session.** Nantes. Septembre 1901.

**La blessure du président Mac-Kinley.**

**De l'insuffisance ovarienne**, par M. F. Jayle.

**L'infection colibacillaire en chirurgie abdominale**, par M. Vautrin (de Nancy).

**Nouveau procédé de gastro-entéro-anastomose**, par M. Ludwig Kraft, avec 6 figures.

**Anatomie descriptive et topographique des capsules surrénales**, par MM. J. Albarran et F. Cathelin, avec 34 figures.

---

**La Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale** *a consacré en outre, en* 1901, 364 *pages aux* **Analyses** *des travaux français et étrangers, illustrées de figures dans le texte. Dans la plupart des numéros se trouve un Index bibliographique très complet et très exact des travaux récemment parus de Chirurgie abdominale et de Gynécologie. L'année* 1901 *est illustrée de* 27 *planches hors texte en noir et en couleurs, de* 94 *figures dans le texte et de* 1 *portrait.*

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette. — 1490.